令和　年　月　日

秋田県立秋田きらり支援学校長　様

学校名　○○○○○

校長名　○○　○○

センター的機能による職員の派遣について（依頼）

　このことについて、次のとおり職員を派遣してくださるようお願いします。

１　対象児童生徒名　○年○組　○○　○○　（担任：○○　○○）

２　期間　令和○年○月○日（○）～令和○年○月○日（○）

３　場所　○○○総合病院

４　支援内容等　　＊希望する内容について、簡単にご記入してください。

　（１）プリントやワーク等の取組へのサポート

　（２）遠隔授業の機器設定

　（３）復学支援

担当

○○市立○○小学校

職名：

TEL：

FAX：

E-mail：